

## HERAUSFORDERUNG DEMENZ: DIE GESELLSCHAFTLICHE VERANTWORTUNG DER WOHLFAHRTSVERBÄNDE

Heiner Keupp

Vortrag bei der Informationsmesse der Münchner Wohlfahrtsverbände „Verstehen Sie Alzheimer? Herausforderung Demenz – Wie helfen Wohlfahrtsverbände am 23.09.2006

„Man wird die kulturelle Entwicklung eines Volkes unter anderem daran messen können, wie gut oder wie schlecht es seine Invaliden betreuen wird.“

Goethe in einem Brief an Heinrich Heine.

### Zusammenfassung

Eine alternde Gesellschaft bringt viele neue Chancen für älter werdende Menschen, vor allem auch „gewonnene Jahre“ jenseits der Erwerbsphase. Aber für diese Entwicklung muss eine wachsende Zahl von Menschen in Form von Demenz- und Alzheimer-Erkrankungen einen hohen Preis zahlen. Die aktuellen Zahlen und die Prognosen für die kommenden Jahre zeigen auf, welche Aufgabe hier auf die Gesellschaft und ihre Sozial- und Gesundheitssysteme zukommt. Wird es gelingen, für die betroffenen Personen und ihre Familien menschenwürdige und qualitativ anspruchsvolle Unterstützungssysteme aufzubauen? Werden die Mittel für hochprofessionelle Dienstleistungen vorhanden sein? Welche Rolle werden bürgerschaftliche Ressourcen dabei spielen? Wird es den Wohlfahrtsverbänden gelingen, hier neue Netzwerkstrukturen aufzubauen, in denen professionelle und bürgerschaftliche Elemente integriert werden?

Die aktuellen Diskurse zum „grau“ oder „silbern“ werden unserer Gesellschaft schwanken zwischen katastrophischen Prophetien, optimistischen Prognosen und euphemistischen Strategien der Entsorgung des Alters. In einer Gesellschaft des Kults der Jugendlichkeit werden mit Anti-Aging-Offerten die Realitäten einer immer älter werdenden Gesellschaft verdrängt und vor allem das hohe Alter und seine potentiellen Risiken „entsorgt“. Einträglicher ist ja die „Entdeckung“ eines „dritten Lebensalters“, das voller Potenziale ist. Potenziale, länger zu arbeiten, sich bürgerschaftlich zu

engagieren, zu reisen und vor allem zu konsumieren. Dazu passen auch die optimistisch klingenden Überschriften wie „Die Zukunft ist silbern“ – so in der SZ vom 04./05.02. 2006. „Attraktives Alter“ heißt eine Serie, in der Seniorinnen und Senioren der Alterskohorte 50plus als besonders attraktive Kunden für alle möglichen Märkte entdeckt werden. Häufiger waren bislang allerdings solche Kommentare zu unserer „alternden Gesellschaft“, die vor allem ein demographisches Horrorszenario konstruieren, das dann mit düsteren Prognosen zu einem Generationenkrieg oder zu einem Zusammenbruch sozialstaatlicher System verknüpft wird. Gegenwärtig jagen uns Thesen vom „Clash of Generations“ oder vom „biologischen und sozialen Terror der Altersangst“ (so im Klappentext von Frank Schirrmachers „Das Methusalem-Komplott“) Zukunftsängste ein. Da ist vom „demografischen Salto“ die Rede, der die klassische „Bevölkerungspyramide“ von einer „zerzausten Wettertanne“ zum „kopflastigen Pilz“ hat werden lassen (Barz et al. 2003, S. 113). Diese Szenarien, deren demographische Basis gar nicht bestritten werden soll, verbreiten eher Panik und Hilflosigkeit, als dass sie realistisch auf erwartbare Entwicklungen vorbereiten, die eine alternde Gesellschaft mit sich bringt.

Ich möchte zunächst einige Fakten zur „Herausforderung Demenz“ bringen und danach Aufgabenstellungen formulieren, zu denen uns die Faktenlage veranlasst.

## FAKTEN UND PROGNOSEN

Wie sieht die „Herausforderung Demenz“ aus?

1. In *Deutschland* leben zurzeit ca. eine Million Menschen, die an einer Demenz leiden. Rund 700.000 davon leiden an der Alzheimer Demenz. Jährlich treten 200.000 Neuerkrankungen auf, davon entfallen ca. 125.000 auf die Alzheimer Demenz. Nach Vorausberechnungen, die die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigen, wird sich die Zahl der Demenzpatienten bis zum Jahre 2050 auf über zwei Millionen erhöhen. Demenzielle Erkrankungen sind gekennzeichnet durch fortschreitenden Gedächtnisverlust und Abbau kognitiver Fähigkeiten. Etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen entfallen auf die Alzheimerkrankheit, 15 bis 20% auf vaskuläre Demenzen, der Rest auf Mischformen und andere seltene Demenzerkrankungen. Die Häufigkeit demenzieller Erkrankungen steigt mit zunehmendem Alter stark an. Bezogen auf die 65-Jährigen und Älteren sind in Deutschland etwa eine Million Menschen von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen und in der Regel nicht mehr zur selbstständigen Lebensführung in der Lage; erstmals an einer Demenz erkranken jährlich nahezu 200.000 Menschen. Neben einer medika-

mentösen Therapie stehen verschiedene psychosoziale Interventionen zur Verfügung, die das Fortschreiten kognitiver Störungen verzögern und dem Verlust an Alltagskompetenz entgegenwirken können. Etwa 60% der Demenzkranken leben in Privathaushalten. Vor allem die zusätzlich zu den kognitiven Störungen auftretenden Verhaltensprobleme Demenzkranker erhöhen die Belastungen pflegender Angehöriger erheblich und führen häufig zu einer Heimaufnahme. Etwa zwei Drittel der Bewohner in Altenpflegeheimen leiden an einer Demenz. Demenzen sind nicht nur sehr häufig unter Heimbewohnern, sie sind auch der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim.

2. Für *Bayern* errechnet sich eine Prävalenzzahl von 150.000 bis 160.000 Fällen. Geht man davon aus, dass die Hälfte der Pflegebedürftigen (Bayern 2003: 297.781 Personen) demenziell erkrankt ist und berücksichtigt, dass nicht alle Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, käme man sogar zu noch etwas höheren Zahlen. Die Mehrzahl der demenziell Erkrankten sind *Frauen*, bedingt vor allem durch ihre höhere Lebenserwartung, d.h. es kommen mehr Frauen als Männer in das Alter, in dem Demenzen gehäuft auftreten. Zudem scheinen Frauen mit Demenz länger zu überleben als erkrankte Männer, was ebenfalls die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei Frauen erhöht. Unklar ist, ob Frauen auch ein höheres Erkrankungsrisiko haben, hier ist die Datenlage widersprüchlich (Bickel 2005, S. 2f.). Die meisten Betroffenen sind älter als 75 Jahre. Fachleute gehen davon aus, dass die Häufigkeit der Demenzen in der Altersgruppe der 65 - bis 90-Jährigen exponentiell mit dem *Alter* zunimmt, als Faustregel gilt eine Verdopplung der Krankheitsrate mit jedem 5-Jahresintervall des Lebensalters. Auch das Erkrankungsrisiko, also die Wahrscheinlichkeit der noch Gesunden, an einer Demenz zu erkranken, zeigt diesen exponentiellen Anstieg.
3. *Entwicklungsprognose*: Die künftige Zahl der Demenzerkrankungen hängt – da die präventiven und therapeutischen Möglichkeiten derzeit begrenzt sind – in erster Linie von der Zahl älterer Menschen ab. Aufgrund der demografischen Entwicklung muss daher von einer starken Zunahme der Demenzerkrankungen ausgegangen werden. Legt man die Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung zugrunde, ist für das Jahr 2023 mit ca. 225.000 Demenzerkrankungen in Bayern zu rechnen. Das wäre eine Zunahme um mehr als 40 % gegenüber heute. Von dieser Prognose ausgehend kann man dann auch Zahlen herunterbrechen auf die Bezirksebene und auch für die Stadt München sind Zahlenaussagen möglich. In München sind für das Jahr 2005 knapp 15.000 Demenzerkrankungen ermittelt worden für das Jahr 2023 wird die Zahl fast die 20.000 erreichen.

4. *Ärztliche Versorgung:* Demenzerkrankungen sind zwar in der Regel bisher nicht heilbar, aber für die Lebensqualität der Erkrankten spielen die rechtzeitige Diagnose und Behandlung trotzdem eine wichtige Rolle. Eine gezielte Behandlung durch Medikamente im Frühstadium kann das Fortschreiten der Krankheit verzögern und die Symptome lindern. Zudem kann mit den Patient/innen und den Angehörigen daran gearbeitet werden, die Lebensplanung auf die Krankheit einzustellen und sich mit dem Angebot an Hilfen vertraut zu machen. Auch die Unterbringung im Heim kann so hinausgeschoben werden. Die ärztliche Versorgung von Demenzerkrankungen erfolgt in Deutschland in mehr als 90 % der Fälle durch den *Hausarzt* (Weyerer 2005, S. 19). Fachleute gehen jedoch davon aus, dass Hausärzte im Durchschnitt bei 40 % bis 60 % der Demenzerkrankten die Krankheit übersehen, obwohl Studien zeigen, dass bereits mit einfachen diagnostischen Schritten mehr als 90 % der Erkrankungen zu erkennen sind (ebenda, S. 19)<sup>1</sup>. Nur 20% der Demenzkranken in Deutschland erhalten eine angemessene Therapie. Dafür gibt es eine Vielzahl von Gründe:

- die Demenzerkrankung wird tabuisiert und als Variante des Älterwerdens klassifiziert
- die Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula weisen Defizite auf
- das Wissen über diagnostische Verfahren und adäquate Behandlungsmöglichkeiten ist nicht ausreichend vorhanden
- eine Diagnosestellung erfolgt meist zu spät
- viele Pflegeeinrichtungen sind auf Demenzerkrankte nicht ausreichend eingerichtet oder leiden unter personellen Engpässen
- Demenzkranke können naturgemäß nur schwer ihre Beschwerden und Wünsche vorbringen
- es fehlt ein therapeutisches Gesamtkonzept
- neuere Medikamente werden aus Kostengründen (Budgetierung) nicht verordnet.

5. *Pflege:* Je fortgeschrittener die Demenz, desto wahrscheinlicher wird allerdings die Heimunterbringung. Bickel (2005, S. 8) geht davon aus, dass nur 20 % – 40 % der Erkrankten bis zum Lebensende zuhause gepflegt werden. Von den insgesamt 297.781 Personen in Bayern, die im Jahr 2003 Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen, waren 91.145 in vollstationärer Dauerpflege. In der Literatur wird übereinstimmend der Anteil der Demenzkranken an den

---

<sup>1</sup> Das Modellprojekt IDA will u.a. Hausärzte stärker in die Versorgung von Demenzerkrankungen einbinden und wissenschaftlich überprüfen, welche Versorgungsangebote den Verbleib in der Häuslichkeit stärken. Das Modellprojekt wird von der AOK Bayern, dem AOK-Bundesverband und der Pharmaindustrie getragen. Modellregion ist Mittelfranken.

Heimbewohnern mit ca. zwei Dritteln angegeben (z.B. Bickel 2005, S. 8). Das wären demnach in Bayern ca. 60.000 *Demenzkranken in der stationären Pflege*. Von der Größenordnung her passen die verschiedenen Schätzzahlen somit recht gut zueinander. Für die Frauen ist das Risiko der Unterbringung im Heim schon allein infolge dessen erhöht, dass sie länger und im Alter daher häufiger allein leben: Die Pflegequote (Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung) der Frauen liegt bei den unter 65-Jährigen unter der der Männer, danach deutlich darüber. Bei den über 90-Jährigen erhalten knapp 40 % der Männer und über 65 % der Frauen Leistungen der Pflegeversicherung. Ca. 13 % der Männer und ca. 32 % der Frauen dieser Altersgruppe befinden sich in vollstationärer Dauerpflege, viele davon demenziell erkrankt.

6. *Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen*: Nicht zuletzt aus dem Förderprogramm „Bayerisches Netzwerk Pflege“ sind eine Reihe ambulanten Hilfen entstanden. Nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz werden außerdem 143 Angehörigengruppen, 77 Betreuungsgruppen zur vorübergehenden Entlastung pflegender Angehöriger und 40 ehrenamtliche Helferkreise zur stundenweisen Entlastung zu Hause gefördert. 12 Modellprojekte widmen sich der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten, z.B. dem Aufbau ambulanter Wohngemeinschaften. 2005 hat sich aufgrund dieser Initiativen ein „Gerontopsychiatrischer Verbund Bayern“ gegründet.
7. *Die Angehörigen als wichtigste Säule*: Wie Dirk K. Wolter-Henseler feststellt, wird „der weitaus größte Teil der psychisch kranken alten Menschen nicht institutionell, sondern zu Hause von Angehörigen gepflegt. Diese Betreuung bedeutet eine große Belastung für die Angehörigen, durch die sie selbst gefährdet werden, an einer psychischen Störung zu erkranken. Angemessene Entlastungs-, Beratungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen sind deshalb unverzichtbar. Sie sind unverzichtbar aber auch aus volkswirtschaftlicher bzw. sozialpolitischer Sicht: Wenn nur ein Siebtel der pflegenden Angehörigen die Betreuung nicht mehr zu leisten imstande ist, so verdoppelt sich die Zahl der erforderlichen Pflegeheimplätze“ (1996, S. 65). Auch bei der Frage nach den Kosten wird der große Aufwand erkennbar, der von Angehörigen geleistet wird.
8. Die *Kosten* für die Versorgung demenziell Erkrankter werden überwiegend durch die Familien getragen (und hier wiederum durch die Frauen: drei Viertel der pflegenden Angehörigen sind Frauen). Weyerer (2005, S. 23) beziffert den Anteil der Familien auf ca. 2/3 der Gesamtkosten der Versorgung Demenzkranker. Bei diesen Kosten geht es vor allem um den unbezahlten Betreuungsaufwand und finanzielle Einbußen im Beruf. Der zweitgrößte Posten, nach Weyerer knapp 1/3, entfällt auf die Pflegeversicherung. Die Kran-

kenkassen sind mit ca. 2,5 % der Kosten nur marginal beteiligt, d.h. unter Kostengesichtspunkten spielt die medizinische Behandlung gegenüber der pflegerischen Versorgung nur eine geringe Rolle. Die Gesamtkosten pro Patient/in werden nach einer Studie von Hallauer et al. auf ca. 43.750 Euro jährlich beziffert (zitiert nach Weyerer 2005, S. 23). Diese Gesamtkosten schließen direkte, also ausgabenwirksame Kosten, und indirekte, also nicht ausgabenwirksame Kosten wie z.B. den genannten unbezahlten Betreuungsaufwand, ein. Auf Bayern übertragen, verursachen Demenzerkrankungen damit direkte und indirekte Kosten in Höhe von jährlich ca. 6,8 Mrd. Euro. Im Jahr 2023 würden diese Kosten, bedingt durch die Zunahme demenzieller Erkrankungen, auf ca. 9,8 Mrd. Euro steigen. In der Krankheitskostenrechnung des Bundes, die nur die direkten Kosten beziffert, wurden die medizinischen und pflegerischen Kosten der Demenz für das Jahr 2002 mit 5,63 Mrd. Euro angegeben (Statistisches Bundesamt 2004, S. 38). Das wären – bevölkerungsgewichtet auf Bayern übertragen – ca. 850 Mio. Euro gewesen.

## PERSPEKTIVEN UND AUFGABEN

Aus den Erfahrungen mit dem Aufbau des ersten Gerontopsychiatrischen Dienstes in der Trägerschaft des Vereins „Projekte für Jugend- und Sozialarbeit ist mir wichtig, dass die Hilfsangebote, die wir für spezifische Personengruppen anbieten, auch eine normative Verortung in spezifischen Zielen haben. Diese Überzeugung kommt aus der Tradition der Sozial- und Gemeindepsychiatrie. Diese Ziele gelten nicht nur für eine ausgelesene Gruppe von behinderten Menschen, sondern für alle, ob sie nun von Demenz oder Alzheimer betroffen sind. In der Sozialpsychiatrie haben sie zu folgenden Organisationsprinzipien geführt, nach denen die psychosoziale Versorgungslandschaft in den letzten Jahrzehnten zunehmend umgestaltet wurde:

(1) Das *Normalisierungsprinzip*: Auch für Menschen mit psychischen und körperlichen Einschränkungen gelten die menschlichen Grundbedürfnisse nach einer eigenständigen Wohnung, nach einer materiellen Absicherung der gewünschten Lebensform, nach sozialem Kontakt und Kommunikation, nach einer intakten ökologischen Umwelt. Alle sozialpolitisch und professionell bereitgestellten Formen von Hilfe und Unterstützung sollten von diesem Normalisierungsprinzip her gedacht werden.

(2) Der wichtigste Faktor für die psychische Gesundheit ist ein *verlässliches Netz sozialer Beziehungen*, auf das wir in Krisen- und Krankheitssituationen zurückgreifen können, das aber auch in alltäglichen Lebenssituationen unsere Handlungsfähigkeit garantiert.

(3) Professionelle Hilfe muss *bürgernah und gemeindebezogen* aufgebaut werden. Sie muss die vorhandenen alltäglichen Hilfssysteme unterstützen und sich nicht an ihre Stelle setzen. *Netzwerkförderung* ist für den gesamten Gesundheitsbereich eine vordringliche Zielsetzung.

(4) Psychosoziale Hilfen müssen von der alltäglichen Lebenswelt der Betroffenen her gedacht werden und sollten immer vorrangig danach fragen, *wie Menschen auch in besonderen Problemsituationen ihr vertrauter Lebenszusammenhang erhalten werden kann*. Das ist für alt werdende BürgerInnen von besonderer Bedeutung. Alle stationären Spezialeinrichtungen können, trotz hochtechnisierter Hilfsangebote, die heimatliche Vertrautheit als gesundheitsförderlichen Faktor nicht ersetzen. Daraus folgt das Prinzip, dass alle ambulanten Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, ehe stationäre Lösungen überhaupt in Betracht gezogen werden dürfen.

Solche Ziele können durch professionelle Angebote nicht alleine erreicht werden. Gerade die Sicherung und Herstellung von vertrauensvollen Lebenswelten brauchen Bürgerinnen und Bürger im Sinne von Angehörigen, aber auch von Nachbarn und anderen Akteuren der Zivilgesellschaft. Gerade die gegenwärtig so intensiv geführte Debatte um das bürgerschaftliche Engagement und seine Fördermöglichkeiten wirft die Frage auf, welche Möglichkeiten in diesem Handlungsfeld für den Bereich der Demenzarbeit enthalten sind. Ich habe mich in diesem Feld kundig gemacht. Meine ersten Anfrage ging an die älteste deutsche Freiwilligenagentur, die ihren Sitz in München hat, „Tatendrang“: Sie hat die Alzheimer Gesellschaft in ihrem Verteiler, aber sehr viel Vermittlungen haben offensichtlich nicht stattgefunden. Auch vom Verbund der Freiwilligenzentren des Caritasverbandes in München kommen nicht gerade gewaltige Erfolgsmeldungen. Bei einigen läuft im SeniorInnenbereich gar nichts, in anderen aber gibt es doch einen eindeutigen Schwerpunkt. Vom Freiwilligenzentrum Nord erhalte ich am 26. April folgende Informationen: „Hier im FWZ Nord läuft derzeit zum zweiten Mal unsere Helferschulung für den Besuchsdienst in Kooperation mit der Beratungsstelle für pflegende Angehörige im Caritas-Zentrum Nord. Heute Abend beginnt der zweite Baustein mit dem Themenschwerpunkt Demenz. Wer beide Bausteine der Schulung absolviert hat erhält die Zertifizierung zur anerkannten Demenzhelferin. Die geschulten Freiwilligen werden v.a. über die Beratungsstelle pflegende Angehörige in einen Einsatz vermittelt. Die Angehörigen können dann über das Pflegeleistungsergänzungsgesetz Gelder für den Besuchsdienst erhalten. Die Freiwilligen müssen allerdings auch an den regelmäßigen Helferinntreffen teilnehmen“.

Hier taucht ein wichtiges Stichwort auf: Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG). Dort ist im § 6 der Verordnung zur Ausführung dieses Gesetzes vom 8. April 2003 eine staatliche Förderung vorgesehen, die vor allem Ziele verfolgt:

„(1) Gefördert werden niedrigschwellige Betreuungsangebote sowie Angehörigen-  
gruppen.

(2) Vorrangig sollen niedrigschwellige Betreuungsangebote gefördert werden, die durch bürgerschaftliches Engagement getragen werden.

(3) Gefördert werden vorrangig die Personal- und Sachkosten, die aus der Koordination und Organisation der Hilfen und der fachlichen Anleitung, Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie der kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung durch Fachkräfte entstehen sowie Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtliche Betreuung“.

Wenn HelferInnen einen 40-stündigen Kurs absolviert haben, dann können sie für ihre Tätigkeit in der Entlastung von Familien mit Demenzkranken bis zu 460.- € Aufwandsentschädigung erhalten. Nicht eingesetzt werden dürfen sie bei pflegerischen und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Das bayerische Sozialministerium hat zur Förderung dieses Helferinnenkonzepts eine Modellförderung aufgelegt.

Ein sehr hilfreiches Beispiel aus dem eigenen Erfahrungsbereich zeigt die Wirksamkeit dieses DemenzhelferInnenkonzepts. Sie kennen sich ja nun schon ein bisschen in meinem familiären Umfeld aus. Für meinen Vater ist eine wirksame Entlastung dadurch entstanden, dass eine Helferin zweimal in der Woche meine Mutter zu einem längeren Spaziergang abgeholt hat. Das ganze wurde von dem traditionsreichen Evang. Krankenverein Gunzenhausen angeboten, der seit fast 116 Jahren Träger für häusliche Alten- und Krankenpflege ist und jetzt auch in der Modellförderung ist. Bei all diesen Projekten spielt das Element bürgerschaftliches Engagement eine erhebliche Rolle.

I. Hier zeigt sich also eine erste wichtige Aufgabe des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich der Gerontopsychiatrie: Gezielte Unterstützung von Familien mit Demenzkranken durch zeitliche befristete Entlastung der Angehörigen. Dafür bedarf es einer gezielten Schulung und Begleitung durch Fachdienste. Diese Aufgaben können von professionellen Helfern nicht übernommen werden. Umgekehrt dürfen Freiwillige HelferInnen nicht für Aufgaben herangezogen werden, die eine professionelle Ausbildung verlangen.

II. Diese ehrenamtlichen Besuchsdienste machen für sich genommen Sinn, aber sie können auch Teil einer kommunalen oder regionalen Gesamtkonzeption zum Auf-

bau eines Gerontopsychiatrischen Verbundes sein, der es sich zum Ziel setzt, tragfähige und verlässliche Hilfestrukturen für die ältere Bevölkerung und vor allem für die gerontopsychiatrisch Betroffenen zu schaffen. In einige Regionen wird da schon vorbildliche Arbeit geleistet.

So hat wurde im für den Landkreis Amberg-Sulzbach und die Stadt Amberg eine Gerontopsychiatrische Koordinationsstelle (GKS) geschaffen, die an das Sozialpsychiatrische Zentrum Amberg angebunden ist und folgende Ziele verfolgt:

- Verbesserung der Lebensqualität gerontopsychiatrisch Erkrankter
- Aufbau und Sicherstellung einer ambulanten Versorgungsstruktur
- Sicherstellung des Zugangs zu den notwendigen Hilfen für die Betroffenen und ihren Angehörigen
- Verbesserung der Zusammenarbeit der in der Beratung, Betreuung und Versorgung tätigen Professionellen und Ehrenamtlichen
- Vernetzung aller Leistungsanbieter

Im Landkreis Forchheim ist auch eine Initiative entstanden, die alle vorhandenen Ressourcen bündelt, um dem eigenen Namen gerecht zu werden. Er lautet KLAR und heißt „Kreative Lösungen im Alter für den ländlichen Raum“. Das selbst gesetzte Ziel lautet: „Exemplarische Modelle in einer Gemeinde mit der Fragestellung, welche Bedingungen notwendig sind, dass Hochaltrige und Menschen mit Demenz im ländlichen Raum so lange wie möglich selbstbestimmt in ihrem gewohnten sozialen Umfeld leben können“. Auch im Landkreis Forchheim sehen wir den Ansatz zu einer integrierter Verbundlösung, in der zivilgesellschaftliche Initiativen voll mit einbezogen werden.

Das ist also ein zweiter wichtiger Ansatz, um bürgerschaftliches Engagement bei der Entwicklung zukunftsfähiger Lösungen einzubeziehen. Es setzt an dem Bewusstsein an, dass in einer älter werdenden Gesellschaft der Anteil der Bevölkerung, der mit altersbedingten gesundheitlichen Einschränkungen zu rechnen hat, wachsen wird und dass es eine Pflichtaufgabe der solidarischen Daseinsvorsorge darstellt, alle bürgerschaftlichen und professionellen Kräfte und Möglichkeiten im jeweiligen kommunalen/regionalen Raum zu bündeln, um Menschen so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld zu gewährleisten.

So wie die letzte Bundesregierung ein Programm aufgelegt hat, das „lokale Bündnisse für Familie“ anregen sollte und auch materiell gefördert hat, bräuchten wir ein Empowermentprogramm, das man „Lokale Bündnisse für ein selbst-bestimmtes Alter“ für alle Bürgerinnen und Bürger nennen könnte.

III. Ich will aber noch einen Schritt weitergehen und bewege mich damit allmählich in die Sphäre der Utopien, die aber schon reale Anknüpfungspunkte haben. Nach meiner Auffassung reicht es nicht, im alt bewährten Muster des Wohlfahrtsstaates für den Bereich zunehmender psychosozialer Problemlagen beim ältesten Segment unserer Bevölkerung professionelle Dienste zu entwickeln. Das wird schon an den Finanzen scheitern und es gibt wohl auch andere gute Gründe, diesen Weg nicht einfach linear fortzusetzen.

Ich möchte Sie dazu einladen, mit mir eines meiner „Patenkinder“ zu besuchen. Es wohnt in Salzgitter und ist jetzt schon über 30 Jahre alt. Es heißt Mütterzentrum und meine Patenschaft ist eher jüngeren Datums, ich wurde als „Expo“-Pate ausgewählt, denn es hat aus Expomitteln und aus solchen des SOS-Kinderdorf-Trägervereins die Möglichkeit bekommen, ein wunderbares neues Gebäude zu erstellen. In diesem Haus gibt es einen Bereich für die ganz Kleinen, für die Kindergartenkinder und für Ältere bis hin zu Pflegebedürftigen, die im Obergeschoss des Hauses betreut werden. Im Erdgeschossbereich gibt es ein Café- und Restaurantbetrieb, in dem vor allem mittags für alle ein Mittagstisch angeboten wird. Auch viele ältere Bürgerinnen und Bürger aus Salzgitter kommen hierher zum Mittagessen oder werden hierher gebracht. „Essen auf Rädern“ mal ganz anders! In dem Haus gibt es kleine Läden, in denen Frauen einen Friseurbetrieb und andere Einkaufsmöglichkeiten anbieten. Der Friseurbereich ist so angelegt, dass die Räume der Pflegebedürftigen im Blickfeld sind. So kann eine alte Dame oder ein alter Herr ein Bad nehmen, ohne dass permanent jemand dafür eingeteilt werden muss. In diesem Haus laufen Qualifizierungsprogramme für junge Frauen, die von ihren Bildungsabschlüssen her, schlechte Arbeitsmarktchancen haben. Wenn Sie jetzt wissen wollen, wie viele Hauptamtliche diesen Betrieb am Laufen halten, dann werden Sie überrascht sein, dass das ganz wenige sind. Die Frauen (und auch Männer), die in diesem Familienzentrum tätig sind, haben nur zum geringeren Teil eine entsprechend zertifizierte Ausbildung gemacht. Es wird sehr schnell erkennbar, dass in diesem Haus eine ganz und gar ungewöhnliche Mischung von Selbsthilfe, Bürgerengagement und professioneller Kompetenz gefunden wurde und gelebt wird. Hildegard Schooß die Gründerin dieses Zentrums hat mich anfangs mit der Aussage provoziert, dass sie und ihre Mitstreiterinnen eine bessere integrierte kommunale Sozialarbeit „aus einem Guss“ anbieten könnten, als wir das mit unseren hoch differenzierten und spezialisierten professionellen Diensten könnten und außerdem seien wir auch noch viel teurer. Das konnte ich so nicht akzeptieren, es schien mir eine Aussage in Richtung Lohndumping tariflich abgesicherter Erwerbsarbeit zu sein und ich kam mit einer Fachtagung zur Gemeindepsychologie nach Salzgitter. Wir haben einen ganz wichtigen Lernprozess dort machen können und seither denke ich sehr viel selbstkritischer über unser Wohl-

fahrtssystem nach. Das Mütterzentrum Salzgitter ist übrigens das „Best-practice“-Beispiel, das das Programm der „Mehrgenerationenhäuser“ in Niedersachsen und jetzt auch auf der Bundesebene angeschoben hat.

Mit diesem Beispiel möchte ich meinen gedanklichen Vorstoß vorbereiten, der bewusst machen soll, dass der Grundriss unseres Wohlfahrtsstaates nicht als gottgegeben zu betrachten ist, sondern immer wieder zu überprüfen und weiterzuentwickeln ist. Bei der aktuell notwendigen Weiterentwicklung ist vor allem eine zivilgesellschaftliche Perspektive einzubeziehen.